UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

PARIJS

ANNEE 1973

N° 311

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Marc, Georges D A O U T

Interne en Médecine de la MAISON de NANTERRE

Né le 5 Mars 1947 à PARIS

:-:-:-:-:-:-:-:-:

Présentée et soutenue publiquement le 1973

:-:-:-:-:-:-:-:-:

PROBLEMES POSES PAR LA TUBERCULOSE DANS UNE POPULATION SOCIALEMENT DEFAVORISEE :

ETUDE SOCIALE ET MEDICALE SUR LA TUBERCULOSE A LA MAISON DE NANTERRE, CENTRE D'HEBERGEMENT DE LA PREFECTURE DE POLICE (année 1969)

:-:-:-:-:-:-:-:-:

Président : Monsieur Georges BROUET Professeur

UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

ANNEE 1973 N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Marc, Georges D A O U T
Interne en Médecine de la MAISON de NANTERRE

Né le 5 Mars 1947 à PARIS

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Présentée et soutenue publiquement le 197

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

PROBLEMES POSES PAR LA TUBERCULOSE DANS UNE POPULATION SOCIALEMENT DEFAVORISEE :

ETUDE SOCIALE ET MEDICALE SUR LA TUBERCULOSE A LA MAISON DE NANTERRE, CENTRE D'HEBERGEMENT DE LA PREFECTURE DE POLICE (année 1969)

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Président :Monsieur Georges BROUET Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes Parents

A Danielle, ma femme

A mes Amis

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549227_0027

A Monsieur le Professeur Georges BROUET

qui me fait le grand honneur d'accepter la

présidence de cette Thèse.

A Monsieur le Professeur Georges BROUET

qui me fait le grand honneur d'accepter la

présidence de cette Thèse.

A Monsieur le Docteur Max FOURESTIER

Chef du Service de PNEUMO-PHTISIOLOGIE de la MAISON DE NANTERRE

qui me reçut comme interne et me suggera le sujet de cette thèse,

En hommage à la jeunesse d'esprit et l'enthousiasme communicatif

dont il fait preuve pour soigner et enseigner.

- P L A N -

- INTRODUCTION

- LA MAISON DE NANTERRE
  - 1°) Origines- Missions
  - 2°) Organisation et fonctionnement

-QUELQUES CHIFFRES CONCERNANT L'ANNEE 1969
  - 1°) Radio-Dépistage
  - 2°) Admissions- Sorties
  - 3°) Effectifs journaliers

-ETUDE DETAILLEE =
  - 1°) Bilan de l'activité du service
  - 2°) Points importants relevés
  - 3°) Essai d'appréciation de la morbidité
    - A) Morbidité globale
    - B) Morbidité par sexe
    - C) Morbidité par âge
    - D) Morbidité par section d'hébergement
    - E) Morbidité selon l'ethnie
  - 4°) Portrait social de nos malades
  - 5°) Etude détaillée
    - 1) Atteinte
    - 2) Profil clinique et paraclinique
      - A - Siège
      - B - Bactériologie
      - C - Résistance
      - D - Localisations associées
    - 3) Occasion du diagnostic
    - 4) Tares associées
    - 5) Intolérance au traitement
    - 6) Placements sanatoriaux
    - 7) Résultats en 1972

6°) Nos solutions à certains problèmes

1)- La Salle Sergent

2)- CHEZAL BENOIT

7° Tableau récapitulatif

8° Comparaison avec une autre étude

-COMMENTAIRES

-CONCLUSION

- I N T R O D U C T I O N -

Dans sa thèse de Doctorat en Médecine (Paris 1956), Madame le Docteur DENIKER montrait que la morbidité tuberculeuse était plus élevée (6 à 15 fois) dans la population indigente de la MAISON de NANTERRE que dans la population générale.

Son étude portait surtout sur le rendement du radio dépistage antituberculeux systématique dans cette population au cours d'une période d'essai de neuf mois (Octobre 1954 à Juin 1955).

Ce radio dépistage s'effectuait par radioscopie, trois fois par semaine et était donc necessairement imparfait.

- absence de document comparatif
- facteur subjectif
- necessité d'aller vite (80 à 150 sujets par séance) sans parler des problèmes d'irradiation .....

Pour des raisons non médicales, cette expérience fut limitée dans le temps et cessa donc en juin 1955.

Cependant, les résultats fort interessants obtenus, que Madame le Docteur DENIKER a parfaitement exposés dans sa thèse, ont amené l'Administration à mettre à la disposition du Docteur FOURESTIER les crédits necessaires à la création d'un service de Radio Dépistage Systématique moderne.

Celui-ci fonctionne depuis 1962. Il consiste essentiellement en un appareil de Radio photo (format 10/10), ce qui permet de conserver un document.

Les archives du Radio Dépistage constituent un instrument de travail exceptionnel. En effet, chaque cliché effectué est agrafé à une fiche où figurent outre les nom, prénoms, âge de l'individu dépisté, sa taille, son poids et l'interprétation du cliché faite par le Docteur FOURESTIER.

Si le cliché, ou si la comparaison avec les clichés précédents l'exigent, le sujet est convoqué en consultation, interrogé, examiné, et une radiographie standard peut être effectuée. Un résumé de cette consultation est inscrit sur la fiche de Radio Dépistage.

Si besoin est, le sujet est hospitalisé et un résumé d'observation est noté sur cette fiche en fin de séjour dans le service de Pneumophtisiologie.

Ainsi, lors d'un nouveau passage d'un sujet au Radio Dépistage Systématique le pneumophtisiologue a sous les yeux, en même temps que le cliché nouveau, les clichés précédents et les résumés d'observations de consultation ou d'hospitalisation éventuelle du sujet.

Dans sa thèse, Madame le Docteur DENIKER insistait sur la grande utilité su Radio Dépistage Systématique dans un but de dépistage pur, mais également sur sa faible utilité prophylactique dans la population indigente du fait du refus de beaucoup d'individus (estimés alors aux 2/3) de se soumettre à des investigations complémentaires et même de se traiter.

Et elle concluait: "Faut-il renoncer au dépistage systématique de ce type de population ? Certainement pas. Mais il faut savoir que le rendement antituberculeux final de ce Radio Dépistage ne pourra s'élever que si cette première mesure prophylactique est accompagnée et suivie d'une éducation sanitaire, d'une surveillance médicale et sociale , d'une aide matérielle et morale.

Et même si ces mesures ne pouvaient être appliquées dans un proche avenir, le petit nombre de malades suivis et guéris justifieront toujours à lui seul l'utilisation systématique du radio dépistage antituberculeux".

A l'heure actuelle donc, le service du Radio Dépistage Systématique est un instrument de diagnostic extrêmement bien rodé et d'une très grande utilité. Citons à titre d'exemple :

- le chiffre de population moyenne d'hébergés en 1969
  = 3325
- nombre de clichés effectués pour cette population
  = 7356 clichés
- nombre de personnes convoquées en consultation
  = 1031
- nombre de personnes hospitalisées
  = 415

Mais que deviennent donc les tuberculeux ainsi dépistés ? Quels problèmes posent-ils ? Quels sont les résultats obtenus plus de deux ans après le diagnostic ?

C'est le sujet de cette thèse.

LA MAISON DE NANTERRE

1°)- ORIGINES MISSIONS-

L'arrêté des consuls du 12 Messidor An VIII charge le Préfet de Police de Paris, au titre de ses attributions de police générale, de faire exécuter les lois sur la mendicité et le vagabondage. L'article 5 précise "En conséquence, il pourra envoyer les mendiants, vagabonds et gens sans aveu aux maisons de détention, même à celles qui sont hors de Paris, dans l'enceinte du département de la Seine. Dans ce dernier cas, les individus détenus par ordre du Préfet de Police ne pourront être mis en liberté que d'après son autorisation".

Le décret du 13 septembre 1887 crée la MAISON de NANTERRE et définit, ainsi qu'il suit dans son article ler, le rôle de ce dépôt de mendicité appelé à remplacer la vétuste Maison de Répression de SAINT-DENIS que l'ordonnance royale du 9 Avril 1819 avait placée sous l'autorité du Préfet de Police.

Ce dépôt recevra :

1°)- les mendiants libérés détenus par application de l'article 274 du Code Pénal.

2°)- les individus prévenus de vagabondage et de mendicité, renvoyés par ordonnance de non-lieu et remis par l'autorité judiciaire à la disposition de la Préfecture de Police.

3°)- les indigents infirmes ou peu valides et les personnes momentanément sans ressources et sans asile.

4°)- Enfin, les personnes qui sollicitent leur admission dans l'établissement.

Peu à peu, le rôle de la Maison de Nanterre devait s'accroître en raison notamment d'initiatives prises par le Conseil Général de la Seine.

Il n'y avait pas en effet à l'époque dans le département de la Seine, un nombre suffisant de lits d'hospice pour les vieillards ; or, la Maison de Nanterre disposait très naturellement d'une section hospice destinée à recevoir les indigents âgés de plus de 65 ans. Dans les premières années de ce siècle, sur un voeu du Conseil Général, cette section fut donc ouverte aux personnes âgées résidant dans le département et qui y sollicitaient leur admission.

Par ailleurs, pour une collectivité aussi importante (2500 à 3000 indigents, selon la saison, et 1000 vieillards), il avait été indispensable de créer une infirmerie, réservée elle aussi à l'origine, aux seuls pensionnaires de l'Etablissement. Elle devait par la suite, changer considérablement de caractère et de destination.

Cette partie de la banlieue parisienne ne possèdait pas d'hôpital destiné plus particulièrement à accueillir les malades habitant NANTERRE ou les communes voisines.

Le Conseil Général de la Seine décidait donc en 1928 que l'infirmerie de la MAISON de NANTERRE ferait, à l'avenir office d'Hôpital Intercommunel. Celui-ci devait, sous l'impulsion d'une équipe médicale et chirurgicale hautement qualifiée, avec l'appui de l'Assemblée Départementale et le concours d'une Administration consciente de ses responsabilités, devenir au fil des années, un des services hospitaliers les mieux équipés de la région parisienne, où des médecins du monde entier vinrent recevoir l'enseignement d'un de ses plus éminents spécialistes (Docteur ISELIN: Chirurgien de la main) et où certaines parmi les plus importantes acquisitions de la Science furent adaptées et perfectionnées (Endoscope Universel du CNRS, inventé par le Docteur FOURESTIER).

C'est ainsi que la modeste infirmerie est maintenant devenue un centre hospitalier comptant un millier de lits, pourvu des installations les plus modernes permettant de dispenser aux malades les soins les plus éclairés et les traitements correspondant aux progrès les plus récents de la médecine et de la chirurgie.

Actuellement, la MAISON de NANTERRE est régie par le règlement du 23 Juillet 1932 dont voici quelques extraits:

"Art.1er : La MAISON de NANTERRE est un Etablissement qui reçoit :

1°)- Les personnes se trouvant dans le département de la Seine sans asile, sans ressources ni moyens d'existence, qui sollicitent elles-mêmes leur admission dans l'Etablissement.

2°)- Dans la mesure des lits disponibles, les personnes bénéficiaires d'une décision d'hospitalisation au titre de la loi du 14 Juillet 1905 sur l'assistance obligatoire.

3°)- Les individus prévenus de vagabondage ou de mendicité , renvoyés par ordonnance de non lieu et remis par l'autorité judiciaire à la disposition de la Préfecture de Police aux fins d'hospitalisation.

4°)- Les mendiants libérés des prisons du département de la Seine et mis à la disposition de la Préfecture de Police, à l'expiration de leur peine, en exécution de l'article 274 du Code Pénal.

Art. 2 : Elle reçoit également à l'infirmerie dans la limite des lits disponibles, conformément à la délibération du Conseil Général en date du 24 Décembre 1929.

1°)- Les malades de plus de 16 ans, des communes de SURESNES, PUTEAUX, COURBEVOIE, LA GARENNE-COLOMBES, COLOMBES, BOIS-COLOMBES et NANTERRE. Toutefois sera refuée l'admission des malades qui, ayant séjourné antérieurement à la MAISON de NANTERRE en auraient été exclus par mesure disciplinaire.

2°)- Exceptionnellement, en cas d'urgence absolue, les blessés ou malades de tout âge et de toute origine, ayant besoin de soins immédiats.

Les personnes atteintes d'une maladie contagieuse ou d'une affection reconnue incurable ne sont pas admises à l'Etablissement. (N.B =Il n'est naturellement plus tenu compte decette précision).

Art.3 = L'Etablissement est administré par le Préfet de Police qui prononce les admissions.

Art. 4 : Les hospitalisés sont classés dans des locaux différents, suivant qu'ils ont encouru ou non des condamnations.

Art. 5 : Les hospitalisés bénéficiaires de la loi du 14 juillet 1905 l'assistance obligatoire et ne possèdant pas de casier judiciaire, sont placés dans un quartier spécial dénommé "Asile Chevreul", conformément à la délibaration du Conseil Général en date du 11 juin 1923. Ceux ayant encouru des condamnations sont affectés à une section spéciale et bénéficient du régime de l'Asile Chevreul.

Art. 6 : Les hospitalisés à l'exception de ceux visés par le paragraphe 4 de l'afticle 1, peuvent quitter l'Etablissement quand ils le demandent mais leur réadmission doit faire l'objet d'une nouvelle décision du Préfet de Police.

Art. 7 : Les mendiants libérés sont placés dans des locaux distincts comprenant : dortoirs ou cellules, réfectoires, préaux et ateliers. Leur mise en liberté ne peut être prononcée que par le Préfet de Police.

Art. 17 : Le Service Sanitaire de la MAISON de NANTERRE est assuré par :

- Des médecins
- Des chirurgiens
- Un pharmacien et des aides-pharmaciens
- Des Internes en Médecine et en Pharmacie.

Ce personnel est recruté dans les conditions fixées par un règlement spécial arrêté par le Préfet de Police, qui détermine dans ses dispositions particulières le fonctionnement des services médicaux et pharmaceutiques de la Maison Départementale.

Art. 27 : Le travail est obligatoire pour tous les hospitalisés (hébergés) en état de s'y livrer, sauf pour les assistés bénéficiaires de la loi du 14 Juillet 1905.

Les conditions de rétribution du travail sont fixées par un règlement intérieur.

Art. 31 : Une cantine est réservée aux hospitalisés ; ils peuvent s'y procurer du vin, des vivres supplémentaires, du tabac, des articles de papeterie et de mercerie etc .....

Art.32 : Les sanctions disciplinaires applicables aux hospitalisés sont les suivantes :

- La privation de sortie
- la privation de vin
- la privation de cantine
- le renvoi pour un, deux, trois ou six mois
- le renvoi à titre définitif.

Le Directeur avise de Préfet de Police de ces deux dernières peines.

Art. 33 : Les hospitalisés assistés obligatoires ont la faculté de sortir trois fois par semaine, les autres hospitalisés ont droit à une sortie hebdomadaire.

2°)- ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT -

Pour recevoir ses différentes catégories d'administrés, l'Etablissement est divisé en trois quartiers, d'ailleurs très imbriqués les uns dans les autres.

A)-Quartier dépôt de mendicité :

De loin le plus important puisqu'il compte 2849 lits, soit plus des trois cinquièmes de la capacité totale d'accueil de la Maison de Nanterre (4912 lits).

Il est lui-même divisé en trois sections :

- La première section reçoit :

Les mendiants libérés conduits au dépôt de mendicité à l'expiration d'une peine de prison et les individus prévenus de vagabondage ou de mendicité renvoyés par ordonnance de non-lieu et remis par l'autorité judiciaire à la disposition de la Préfecture de Police. Ils sont retenus en première section pendant 45 jours, ils se constituent ainsi un pécule qui leur est remis à leur libération. Ils ont à ce moment la faculté de demander leur admission au Centre d'Accueil pour indigents.

Les clochards et vagabonds trouvés sur la voie publique par les Services de la Police, sont conduits dans un centre d'hébergement temporaire qui fonctionne au sein du dépôt de mendicité.

Il s'agit des "Opérations Préfecture de Police" ou O.P.P., également nommées dans le langage de la Maison : Opérations Poux, Puces, traduisant par là, la véritable utilité de ces opérations.

Ainsi en 1969 : 22.929 personnes conduites au dépôt (18.693 hommes et 4.236 femmes) dont 732 hommes et 86 femmes étaient recherchés.

Toutes ces personnes font l'objet de soins d'hygiène. Leurs vêtements sont systématiquement désinfectés et désinsectisés. Nombre de celles-ci sont des habitués et ces passages au centre d'hébergement, constituent au point de vue salubrité publique, le seul moyen de contrainte efficace d'obtenir de ces individus qu'ils se soumettent de temps à autre à des soins d'hygiène.

Elles y reçoivent également les soins médicaux que necessite leur état de santé. C'est ainsi qu'en 1969, 218 dont l'état de santé

nécessitait des soins urgents, ont été hospitalisés à l'hôpital de la MAISON de NANTERRE. Par ailleurs, 330 ont demandé leur admission au Centre d'Accueil pour indigents.

-Les deuxième et troisième sections constituent le centre d'accueil pour indigents qui dispose de 2661 lits.

La deuxième section reçoit les indigents ayant des antécédents judiciaires.

La troisième, ceux sans antécédents judiciaires.

Les pensionnaires du Centre d'Accueil pour indigents sont mis au travail s'ils sont physiquement aptes. Environ 1900 hommes et femmes sont employés dans les services généraux de l'Etablissement, ou dans les ateliers d'entreprises concessionnaires.

Les tâches interessant l'Etablissement qui leur sont confiées sont multiples :

Nettoyage général, buanderie(2400 tonnes de linge par an), désinfection, lingerie, jardins espaces verts et potager, boulangerie(750 tonnes de pain par an), boucherie(300 tonnes de viande par an), cuisines(plus de 10.000 repas quotidiens avec 9 régimes différents), ateliers de tous ordres, entretien et manutention dans les services, tâches administratives annexes, emplois de garçons ou femmes de salle dans les services hospitaliers, etc .....

La gestion de l'Etablissement est organisée en fonction du travail de ces pensionnaires qui, par ailleurs constitue pour certains un moyen de reclassement. Enfin, cette mise au travail est un des éléments qui concourent au maintien d'une indispensable discipline.

B)- Quartier Hospice ou 4ème section :

Il compte 1137 lits pour les pensionnaires valides : hommes =700 et femmes = 437. Les pensionnaires de l'Hospice alités permanents trouvent place dans les services de médecine du quartier hôpital.

Le quartier hospice est constitué à plus de 90% par d'anciens pensionnaires du dépôt de mendicité de plus de 65 ans ou infirmes incurables.

En raison de leur origine, les pensionnaires de l'Hospice sont soumis à une discipline qui, pour être moins sévère que celle du dépôt de mendicité, n'en est pas moins nécessairement assez stricte dans l'intérêt des populations locales. C'est dans cet esprit que, lors de la conférence administrative interpréfectorale sanitaire du 16 mai 1952, un protocole a été conclu entre la Préfecture de Police et l'Assistance Publique en vue de transférer à titre disciplinaire à la MAISON de NANTERRE, les pensionnaires dans les hospices publiques de la région parisienne.

C)- Quartier Hôpital :

Il comporte 936 lits (hommes et femmes) : 607 lits de médecine, 117 lits de Pneumologie, 162 lits de chirurgie et de spécialités (O.R.L., O.P.H.) 50 lits de gynécologie maternité.

Le quartier Hôpital de la Maison de Nanterre n'est pas un hôpital classé au sens de l'article L 678 du code de la Santé Publique et il échappe à la législation et à la règlementation applicables aux Hôpitaux et Hospices publics. Juridiquement d'ailleurs, il ne s'agit pas d'un hôpital mais de l'Infirmerie de la Maison de Nanterre et la circonscription qui lui a été dévolue, ne lui est pas propre et exclusive mais partagée avec les Etablissements de l'Assistance Publique. L'arrêté du Préfet de la Seine du 9 avril 1930 stipule expressément en son article 1er: " A partir du 1er avril 1930, l'Infirmerie de la Maison de Nanterre est érigée en circonscription hospitalière en vue de servir, dans la limite des lits disponibles et concurremment avec les Etablissements de l'Administration de l'Assistance Publique, à l'hospitalisation des malades bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 (c'est-à-dire de l'Assistance Médicale Gratuite) des communes de SURESNES, PUTEAUX, COURBEVOIE, la GARENNE-COLOMBES, COLOMBES et NANTERRE.

En fait, cette ouverture aux malades extérieurs, longtemps limitée aux seuls "cas d'urgence absolue" a été effectuée à la demande du Conseil Général de la Seine, en raison du sous-équipement hospitalier

de cette banlieue et dans l'attente de la construction à NANTERRE d'un Hôpital Intercommunal de 400 lits dont la création venait d'être décidée par une délibération du Conseil Général du 24 décembre 1929.

La distinction entre la mission principale du quartier hôpital: soigner les pensionnaires malades, et sa mission secondaire: soigner les malades extérieurs, se retrouve et se vérifie dans les faits.

Ainsi la comparaison du nombre de journées d'hospitalisation constatées en 1969 par catégories de malades :

-Malades du dépôt de mendicité : 1ère, 2ème, 3ème sections = 62.080 Journées)

-Malades aigus de l'hospice: 4ème section = 54.366 ")

-Malades permanents de l'hospice : 4ème section chronique = 29.445 ")

TOTAL : 1ère, 2ème, 3ème, 4ème sections	145.891
Malades extérieur :	130.315

montre que les malades de l'extérieur (5ème section) ne comptent que pour 47% (moyenne journalière 357 malades) alors que les malades du dépôt de mendicité et du quartier hospice représentent 53 % (moyenne journalière= 399 malades).

QUELQUES CHIFFRES CONCERNANT 1'ANNEE 1969

-:-

Avant d'entreprendre une étude sur la morbidité de la tuberculose dans une population, il convenait de définir quelle était du point de vue numérique, cette population.

Plusieurs possibilités s'offraient :

1°)- Considérer les chiffres fournis par le service du radio dépistage.

2°)- Ceux fourmis par les services administratifs des admissions au Centre d'Hébergement.

3°)- Ceux enfin fournis par les services administratifs concernant l'effectif journalier de chaque secteur de la Maison.

C'est cette dernière possibilité qui a été retenue pour des raisons que nous allons voir en détail.

1°)- Chiffres fournis par le service de Radio Dépistage.

Dans la population des hébergés de la Maison de Nanterre, sont soumis au Dépistage Radiophotographique :

1) Tous les entrants au Centre d'Hébergement, à chacune de leurs entrées, certains sujets effectuant jusqu'à 6/8 séjours par an (ou plus), donc, autant d'entrées.

2) Chaque salle d'hébergement (dortoir) une fois par an.

3) Les convoqués :

-anciens tuberculeux et d'une manière générale, tous ceux qui sont suivis dans le service de pheumophtisiologie. Ils sont

convoqués au dépistage deux à quatre fois par an.

-hébergés effectuant des travaux de garçons ou femmes de salle dans les services de Maternité, Chirurgie enfants ou travaillant à la cuisine.

4) Les hébergés hospitalisés en Médecine et transférés dans le service de Pneumophtisiologie, de façon à possèder un document . (contrôle "Passage en Pneumo")

Certains sujets passent donc plusieurs fois par an au dépistage, soit qu'ils soient soumis à une surveillance particulière, soit qu'ils soient admis plusieurs fois au Centre d'Hébergement, auquel cas ils sont dépistés à chaque entrée et avec leur salle d'hébergement.

Les chiffres du radio dépistage ne peuvent donc servir de chiffre de référence; en effet, pour la population maximum de 3615 personnes en 1969, ont été effectués 7356 clichés qui se répartissent ainsi :

-Arrivants :			
Hommes	nouveaux	764	3.897
	déjà venus	3.133	
Femmes	nouvelles	132	380
	déjà venues	248	
-Salles			
1,2,3èmes sections		1.719	2.352
4ème "		633	
-Personnes sous surveillance et contrôles "Passage en Pneumo"			
Hommes		566	727
Femmes		161	
		TOTAL	7.356

N.B. Les salles d'hébergement "femmes" n'ont pas été dépistées cette année-là.

Il est donc difficile de se fonder sur un chiffre de radio dépistage pour étudier la morbidité tuberculeuse dans cette population. En effet, si l'on considère le nombre de clichés, on ne peut savoir de combien d'individus il s'agit réellement, chacun étant passé de 1 à 6 fois, chiffre maximum observé, au Radio Dépistage Systématique.

2°) Chiffres fournis par le Service des Admissions :

-La comptabilité des entrées (et des sorties) n'est guère plus interessante; en effet, il y eut en 1969 : 4556 entrées qui se répartissent ainsi :

- 1,2, 3ème section	Hommes	3.981
1,2, 3ème "	Femmes	475
	TOTAL....	4.456
4ème section	Hommes..	67
	Femmes	33
	TOTAL	100

TOTAL DES ENTREES = 4556.

Le nombre des sorties est comparable.

Rappelons que, ici, sont considérés comme 1ère section, les indigents sans domicile fixe qui, au sortir de prison, sont confiés au Préfet de Police. Ils effectuent à la MAISON de NANTERRE un séjour de 45 jours. Il n'y eut que 40 sujets dans ce cas en 1969 dont 1 femme.

Ces chiffres représentent surtout la partie mobile de la population de la Maison de Nanterre, certaines personnes restant 24 heures mais ne tiennent pas compte du fond fixe des effectifs, certains sujets demeurant toute leur vie dans l'Etablissement.

3°) Chiffres des effectifs journaliers dans chaque secteur de la Maison.

Il est beaucoup plus simple et plus interessant de considérer la population moyenne du Centre d'Hébergement.

Examinons en effet les effectifs de la population valide non hospitalisée de la Maison de Nanterre.

Rappelons à ce sujet que l'on classe en :

-2ème section : les hébergés ayant un casier judiciaire chargé ;

-3ème section : les hébergés ayant un casier judiciaire vierge ;

-4ème section : les vieillards de l'hospice qui sont

- pour 95 % = des hébergés des 2ème et 3ème sections ayant dépassé 65 ans.
- pour 5 % = des vieillards indigents de la région et des vieillards des autres hospices civils placés là pour des raisons disciplinaires.

TABLEAU DES EFFECTIFS VALIDES 1969

	FEMMES		HOMMES		
	2 & 3ème section	4ème section	2 & 3ème section	4ème section	TOTAL
. I	289	421	2.195	662	3.597
.II	296	431	2.219	669	3.615
.III	273	427	2.067	685	3.452
.IV	287	427	1.965	681	3.360
.V.	259	429	1.877	683	3.248
.VI	269	425	1.803	674	3.171
.VII	253	424	1.774	689	3.140
.VIII	256	427	1.798	698	3.179
.IX	255	420	1.807	685	3.167
.X	267	422	1.735	684	3.108
.XI	283	426	1.973	683	3.365
.XII	292	416	2.101	671	3.480
TAL	3.279	5.095	23.314	8.164	39.882
YENNE	274 ±14	425±3	1.943±146	680±8	3.325±155
RIATION	5,1%	0,7%	7,5%	1,2%	4,7%

D'après ce tableau, nous pouvons faire les observations suivantes :

-malgré le mouvement précédemment vu assez important par rapport au chiffre de la population, celle-ci reste assez stable.

-Elle passe par un maximum en février (c'est l'hiver) et un minimum en octobre (beaucoup d'hébergés partent faire les vendanges).

-La population de l'Hospice (4ème section) varie extrêmement peu(1%).

-La population des 2ème et 3ème sections, bien que moins stable, a une variation de l'ordre de 6% seulement.

-Notons au passage que les femmes à l'inverse des hommes sont moins hébergées jeunes que vieilles, et qu'elles sont plus sédentaires qu'eux.

Conclusion : Nous prendrons comme chiffres de base pour étudier la morbidité de la tuberculose dans la population indigente de la MAISON de NANTERRE ces derniers chiffres des effectifs moyens de cette population au cours de l'année 1969 :

Femmes :	2ème et 3ème section =	274)	4ème section = 425)
Hommes :	" " " =	1.943)	" " 680))
		)	

TOTAL 3.328

Cela représente en quelque sorte le nombre moyen de lits actifs d'hébergement dont les divers occupants forment la population dans laquelle sont recrutés les malades dont les observations vous être étudiées.

ETUDE DETAILLEE

-:-:-:-:-:-:-:-

I- BILAN DE L'ACTIVITE DU SERVICE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE EN 1969 -

Nous ne reviendrons pas sur les chiffres du radio-dépistage précédemment cités; rappelons simplement qu'ils ne sont pas directement utilisables statistiquement pour les raisons sus-dites.

Intéressons-nous à la Consultation de PNEUMO-PHTISIOLOGIE puisque c'est l'étape préliminaire à toute hospitalisation.

L'étude des chiffres de consultants est très intéressante. En effet, tous les hospitalisés sont passés à la consultation qui reçoit:

1°)- Les gens convoqués à la suite du radio-dépistage systématique,

-Radio-dépistage systématique d'entrée,

-Radio-dépistage systématique des salles,

-Radio-dépistage systématique de certaines catégories d'hébergés plus particulièrement suivis : cuisiniers, anciens tuberculeux etc.....,

2°)- Les malades admis directement en Médecine, donc avant le radio-dépistage systématique, à la suite d'opérations de ramassage de la Préfecture de Police, et qui sont présentés à la consultation de PNEUMO-PHTISIOLOGIE en vue d'une hospitalisation dans le service.

3° Les hébergés hospitalisés en Médecine entre deux passages au radio-dépistage et qui présentent une affection phtisiologique postérieure à leur dernier passage.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Voici donc les chiffres d'activité de la consultation de PNEUMO-PHTISIOLOGIE en 1969 :

A)- Hommes vus en consultation 886
- n'ont pas été hospitalisés 499
- Ont donc été hospitalisés 387
  a) pour tuberculose 163
  b) pour affections non tuberculeuses 182
  c) dossiers non retrouvés 42

B)- Femmes vues en consultation 145
- n'ont pas été hospitalisées 117
- ont été hospitalisées 28
  a) pour tuberculose 2
  b) pour affections non tuberculeuses 23
  c) dossiers non retrouvés 3

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

De manière à faire disparaitre l'imprécision due aux dossiers égarés, nous pouvons admettre sans trop nous tromper que la proportion de tuberculeux dans le nombre faible de dossiers égarés est le même que dans le nombre de dossiers étudiés. Nous obtenons donc après calcul =

- Hommes tuberculeux :

$$163 + 42 \left(\frac{163}{163 + 182}\right) = 182{,}85$$

- Femmes tuberculeuses :

$$2 + 3 \left(\frac{2}{2 \times 23}\right) = 2{,}24$$

Dans notre étude des dossiers, chaque chiffre étudié devra être multiplié par un coefficient visant à corriger cette imprécision.

Ce coefficient sera :

- Pour les hommes : $\frac{182,85}{163} = 1,12$
- Pour les femmes : $\frac{2,24}{2} = 1,12$

Notons que l'identité de ces coefficients est due au seul hasard.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Il nous parait bon d'insister à ce stade sur le fait suivant: Nous avons relevé les tuberculoses dépistées et traitées au cours de l'année 1969. Or, il se trouve que certains malades à la suite d'un renvoi disciplinaire ou d'une sortie contre avis médical de sanatorium, ont été "dépistés" deux fois au cours de cette même année. Nous avons pris le parti de comptabiliser séparément chacune de leur entrée en PNEUMOLOGIE, considérant alors leur deuxième dépistage comme étant celui d'une tuberculose déjà connue et insuffisamment traitée.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

II - POINTS IMPORTANTS RELEVES DANS LES DOSSIERS .

Avant d'étudier les dossiers de ces tuberculeux, nous avons établi une liste de points qui paraissaient importants à étudier, et nous avons constitué pour chaque malade, une fiche selon le plan suivant :

1°- Etat-civil : -Nom, Prénom,
-Sexe, âge,
-Ethnie

2°- Contexte Social :
- Présence ou non d'une famille,
- Profession : Officielle et réelle,
- Date du dernier emploi.

En effet, de nombreux hébergés de la Maison de Nanterre ont, à l'origine une formation professionnelle (profession officielle) que les circonstances leur ont fait abandonner momentanément ou définitivement (l'alcoolisme et la paresse sont les plus fréquentes de ces "circonstances") ; ils en viennent donc à exercer des travaux très différents dont les points communs sont l'instabilité, le peu d'exigence du point de vue de la qualité et de la quantité du travail à fournir et également la faiblesse des revenus ainsi que l'absence de couverture sociale =

- ferrailleurs,
- balayeurs,
- ouvriers agricoles saisonniers (vendanges)
- manoeuvres aux Halles pour une nuit,
- ou tout simplement clochards.....

3° - Etude de la maladie :

a) S'agit-il-d'une première atteinte ?
-d'une tuberculeuse plus ou moins ancienne mal traitée : fausse rechute ?
-d'une rechute vraie chez un tuberculeux précédemment bien traité ?

b) Profil radioclinique :

-Localisation, formes dites "historiques",
-Preuve bactériologique ou non,
-Dans la négative, la tuberculose est-elle cependant certaine, probable, ou doit-on considérer le malade comme tuberculeux, par prudence ?
-Résistance des B.K. aux antibiotiques.

c) Localisations tuberculeuses associées.

d) Occasion du diagnostic :

- Radio dépistage systématique
  -des arrivants nouveaux,
  -des personnes connues lors d'une nouvelle admission à la Maison de Nanterre,
  -des arrivants dont on sait qu'ils sont sortis de sana contre avis médical ou par mesure disciplinaire,
  -des salles d'hébergement,
  -des personnes particulièrement surveillées,
  -(des anciens tuberculeux, des porteurs d'images suspectes, des cuisiniers, etc....)

-Passage d'un service de Médecine où le malade avait été hospitalisé et découverte à cette occasion d'une tuberculose,

- Il nous a paru interessant de noter dans ce chapître les tuberculoses dépistées sur des séquelles radiologiques connues anciennes, à l'occasion d'une majoration de l'image.
- Egalement l'intérêt diagnostique des baccilloscopies positives après bronchoscopie.

e) Tares associées :

- diabète,
-éthylisme,
-troubles psychiques,
etc . ....

Notons à cette occasion quenous n'avons mentionné que les tares qui se manifestent d'une façon patente, ainsi pouf l'éthylisme, on peut dire que TOUS nos malades sont imbibés, cepændant, nous n'avons mentionné cette tare que lorsqu'elle s'est traduite dans les faits :

- renvoi disciplinaire pour ivresse,
- coups, blessures,
- troubles neurologiques et psychiques d'origine éthylique,

  etc .....

f) Traitement, tolérance aux médicaments,

g) Placements sanatoriaux,

h) Résultats en 1972 :

- Sujet guéri sorti de sanatorium en fin de cure et revu
- Sujet considéré comme guéri, sorti en fin de cure de sanatorium et non revu,
- Sujet considéré comme <u>non</u> guéri, sorti avant la fin de sa cure (contre avis médical, renvoi disciplinaire) et perdu de vue,
- Sujet toujours malade dont on sait qu'il est encore soigné actuellement,
- Sujet qui a rechuté alors qu'il avait été parfaitement soigné.

-:-:-:-:-:-:-:-

III - ESSAI D'APPRECIATION DE LA MORBIDITE DE LA TUBERCULOSE DANS LA POPULATION DE LA MAISON DE NANTERRE

A)- Morbidité globale :

Pour unnombre moyen, sur l'année 1969, de 3325 lits actifs d'hébergement, nous avons dépisté et soigné 185 (185,09) tuberculoses (chiffre corrigé).

Ce qui donne 5,56 tuberculoses dépistées pour 100 lits en un an.

Autrement dit, chez les occupants successifs de 100 lits d'hébergement : 5,56 tuberculoses ont été dépistées en 1 an.

B)- Morbidité par sexe :

-chez les hommes nous avons dépisté et soigné 183 (182,85) tuberculoses (chiffre corrigé) pour 2623 lits,

soit : 6,96 tuberculoses dépistées pour 100 lits d'hébergement "HOMMES" en un an .

-chez les femmes, nous avons dépisté et soigné 2,24 tuberculoses pour 699 lits.

soit : 0,32 tuberculoses dépistées pour 100 lits d'hébergement "FEMMES" en un an.

C)- Morbidité par âge :

-chez les hommes, l'âge moyen du tuberculeux est de 52 ans.

la morbidité par âge se répartit ainsi :(chiffres non corrigés)

-de 25 à 29 ANS	=	5 Cas
-de 30 à 34 "	=	7 "
-de 35 à 39 "	=	9 "
-de 40 à 44 "	=	20 "
-de 45 à 49 "	=	26 "
-de 50 à 54 "	=	16 "
-de 55 à 59 "	=	32 "
-de 60 à 64 "	=	32 "
-de 65 à 69 "	=	10 "
-de 70 à 74 "	=	1 "
-de 75 à 79 "	=	1 "

-Chez les femmes cette étude n'a aucun sens étant la faiblesse de l'échantillonnage.

D)- Etude de la morbidité par "section" d'hébergement.

Rappelons : -2°et 3ème section :Hébergés proprement dits de moins de 65 ans.

-4ème section : pensionnaires de l'hospice de plus de 65 ans.

1) Pour les Hommes :

-2 et 3°sections : I47 tuberculoses soit I64,64 en chiffres corrigés pour 1943 lits.

soit : 8,47 tuberculoses pour 100 lits.

-4ème section : 12 tuberculoses soit I3,44 en chiffres corrigés pour 680 lits.

soit : 1,98 tuberculoses pour 100 lits.

2) Pour les femmes :

-2 et 3ème sections : 2 tuberculoses soit 2,24 en chiffres corrigés pour 274 lits.

soit 0,82 tuberculoses pour 100 lits.

-4ème section : 0 tuberculose pour 680 lits.

E)- Morbidité selon l'ethnie :

Cette étude ne peut être faite valablement étant donné la faiblesse des effectifs autre que français métropolitains :

- 1 martiniquais
- 2 algériens,
- 7 européens autre que français,
- 2 métis issus chacun d'un soldat du corps expéditionnaire et d'une asiatique.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

IV- PORTRAIT SOCIAL DE NOS MALADES :

On peut décrire, en première approximation, notre malade moyen comme un sans famille, travailleur intermittent ou pas travailleur du tout, qui, de toute façon, s'il possède une profession bien définie, ne l'exerce plus depuis longtemps.

Il partage sa vie en trois phases qui alternent à un rythme plus ou moins rapide selon les individus :

1°)- une phase de travail de quelques semaines à quelques mois, travail en général assez peu défini et comme nous l'avons signalé, peu rémunérateur et sans couverture sociale. Certains cependant, font des saisons dans leur ancienne profession ; le cas le plus caractéristique est celui des anciens maitres d'hôtel ou garçons de restaurant qui vont faire la saison pehdant les vacances.

2°)- une période d'oisiveté où notre homme dépense, en boisson pour la plus grande part, l'argent gagné lors de la période précédente.

Cette phase se termine généralement dans la rue sans argent, pour payer l'hôtel et se nourrir, dans un état de misère physiologique important. La seule solution qui reste à notre sujet est de se faire "ramasser par les bleus" (entendez les agents de police chargés du ramassage des vagabonds) et ramener à NANTERRE.

3°)- une phase d'hébergement à la MAISON de NANTERRE à la suite de l'épuisement du pécule gagné lors de la première phase du cycle.

Une fois remis physiquement, l'hébergé sortira de nouveau pour travailler un peu, etc .....

Pour nous cette troisième phase est la plus importante car c'est à l'occasion de cet hébergement que seront dépistées et soignées les maladies dont peut souffrir notre homme et en particulier la tuberculose .

Ce rythme à trois temps peut parfois être modifié :

1° Par l'absence de travail, c'est le cas du clochard oisif qui n'est hébergé qu'en cas de maladie ou d'intempéries et qui ressort le plus tôt possible pour ne rien faire et vivre de mendicité.

2° Par l'absence de la phase d'oisiveté dépensière. C'est le cas de ceux qui sortent pour effectuer un travail, une saison, gagner un peu d'argent qui leur permettra d'améliorer leur ordinaire lors de leur retour à la MAISON de NANTERRE.

3°Par l'absence totale de sortie, c'est le cas des hébergés qui, une fois entrés à la MAISON de NANTERRE n'en sortent plus, exception faite des permissions hebdomadaires. Certains y restent toute leur vie.

4° Par l'intervention d'un évènement extérieur :

- séjour en prison,
- accident ou maladie de longue durée .C'est le cas qui nous interesse particulièrement.

Lorsque l'hébergé devient tuberculeux, il se retrouve après passage dans le service de Pneumo-Phtysiologie, en sanatorium. S'il se soigne, s'il est sérieux, s'il reste en sanatorium tout son temps de cure, il n'y a pas de problème. Hélas, la majorité d'entre eux sort avant la fin de la cure, contre avis médical ou par renvoidisciplinaire pour ivresse.

Et c'est là que notre "rythme à trois temps" devient interessant, en effet, le malade une fois de plus dehors, rentre de nouveau dans ce cercle et <u>inévitablement</u> un jour ou l'autre, revient à NANTERRE où le Service du Radio-Dépistage l'attend et le fait convoquer automatiquement à la consultation de PNEUMO-PHTISIOLOGIE.

Ceci explique l'apparente facilité avec laquelle les malades les plus récalcitrants reviennent en PNEUMO-PHTISIOLOGIE après une cure sanatoriale interrompue.

Essayons maintenant de cerner d'un peu plus près notre malade moyen du point de vue social :

1°)- La famille -

L'écrasante majorité de nos malades est constituée de "sans famille", célibataires, sans aucune attache. Certains ont été mariés :

- 8 sont séparés
- 7 sont divorcés
- 3 sont veufs.

Seuls 4 d'entre eux ont des liens familiaux (mariés ou en ménage) et sont à NANTERRE à la suite d'ennuis passagers professionnels.

2°)- Le travail -

a) Profession officielle

C'est-à-dire en quelque sorte celle qui figure sur les papiers du malade.

Parmi les 143 malades hommes concernés (qui représentent les 163 tuberculoses étudiées du fait que 20 d'entre eux ont été dépistés deux fois au cours de l'année) nous trouvons par exemple :

- 7 anciens militaires de carrière
- 5 ouvriers agricoles
- 13 ouvriers non spécialisés (manoeuvres, porteurs aux halles)
- 56 malades ont exercé une profession ayant nécessité un apprentissage, dont deux corps de métier sont plus particulièrement représentés :
  - 7 ont travaillé dans l'hôtellerie-restauration,
  - 7 sont chauffeurs routiers,
- 5 invalides : 1 militaire, 1 après accident de la voie publique, 3 après accident du travail.

En fait, aucun de nos sujets n'exerce sa profession régulièrement et peu d'entre eux l'exercent par intermittence. Le fait d'être hébergé à NANTERRE traduit un déclassement social dont l'abandon de la profession fait partie. Lorsqu'ils travaillent, les hébergés sont manoeuvres, vendangeurs amateurs, etc ..... quelle que soit leur profession réelle.

La seule exception déjà signalée, est constituée par les hébergés qui ont travaillé dans l'hôtellerie et qui, chaque été, vont"faire la saison".

b) Profession réelle =

n'a rien à voir avec la profession officielle.

Toujours parmi nos 143 malades, nous avons :

-19 clochards

- 5 retraités

-61 travailleurs intermittents sans profession réelle définie

- 2 hébergés qui travaillaient encore jusqu'à leur hébergement actuel, le premier

- 5 hébergés qui sortaient de prison. Parmi eux, deux gangsters professionnels qui partagent leur temps entre la prison, le sanatorium qu'ils quittent contre avis médical et la liberté dont ils profitent de manière à se retrouver en prison.

- Les autres, sont ceux qui ne travaillent que rarement et restent presque constamment à la MAISON de NANTERRE (ou alternent avec d'autres centres d'hébergement comme l'Armée du Salut ou le Centre de la rue du Château des Rentiers.)

3°) Les séjours à la MAISON de NANTERRE :

Nous pouvons distinguer trois sortes d'hébergés en fonction de leur mode de séjour à NANTERRE.

a)- Les hébergés qui viennent régulièrement, une, deux ou trois fois par an, oud'une manière plus espacée, que l'on verra plusieurs fois à la MAISON DE NANTERRE à quelques années d'invervalle selon la période de "leur cycle à trois temps"

Nous avons recensé 78 malades hébergés régulièrement avec une fréquence variable.

Sur ces 78 - 50 sont réguliers depuis 5 ans et plus,

- 28 sont réguliers depuis 10 ans et plus.

Ainsi certainshébergés viennent régulièrement depuis plus de 20 ans.

La fréquence des séjours est très variable, allant de 2 à 3 ans entre deux séjours, à un maximum comptabilisé de 21 séjours entre 1964 et 1969 (soit une moyenne de quatre hébergements par an).

b) les hébergés qui ont décidé de rester à la MAISON DE NANTERRE, où ils sont logés, nourris, blanchis moyennant un travail à la mesure de leurs possibilités et qui n'ont pas quitté la Maison depuis leur entrée.

Ainsi nous avons recensé 29 malades hébergés permanents dont :

- 14 n'ont pas quitté la Maison depuis 5 ans et plus
- Parmi ceux-ci, 6 sont à NANTERRE depuis 10 ans et plus.

c) Hébergés qui en sont à leur premier séjour

-Ils sont 36. On ne peut les classer à priori dans une des catégories sus-dites. Parmi eux, certains ne reviendront plus jamais à NANTERRE ; il s'agit de ceux que des ennuis transitoires familiaux, professionnels ou autres ont amenés ici.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Terminons le portrait social de nos malades en faisant une mise au point qui, semble-t-il s'impose :

Les hébergés de NANTERRE dans leur grande majorité ne sont pas des clochards. Ce sont des déclassés sociaux qui trouvent à la MAISON de NANTERRE un cadre de vie en substitution de celui qu'ils ne sont pas ou plus capables de s'assurer. En quelque sorte, ils sont incapables d'assumer leur indépendance d'adulte.

Au contraire, les clochards sont l'indépendance même ou du moins se veulent tels. Eux aussi passent à la MAISON de NANTERRE, mais c'est :

- soit amenés par les Services de ramassage de la Préfecture de Police, dans un but de propreté et ils ne restent pas plus de 24 heures
- soit à l'occasion d'une maladie ; ils ont à NANTERRE la possibilité de se faire soigner gratuitement.
- soit à l'occasion de conditions météorologiques défavorables où seulement ils demandent à être hébergés pour se mettre à l'abri.

Mais jamais, ils ne s'intègrent réellement et définitivement dans la micro-société que constitue la MAISON de NANTERRE.

Ainsi certains clochards pourront être passés 6 ou 7 fois dan
une année à la MAISON DE NANTERRE (donc lavés, désinfectés, etc...)
sans demander leur hébergement et être hébergés une fois à l'occasion
d'une vague de froid.

V - ETUDE DETAILLEE SUR LE PLAN MEDICAL, DE NOS 165 TUBERCULOSES-

1 - ATTEINTE :

a) - Pour 70 de nos malades, il s'agissait de la première atteinte connue dépistée. Que ceux-ci soient suivis depuis longtemps au Radio-Dépistage ou qu'ils en soient à leur premier séjour à NANTERRE, jamais ils n'avaient présenté quoi que ce soit de suspect.

Ils représentent 42,5% de nos malades.

b)- 95 de nos malades avaient un passé pulmonaire chargé (soit 57,5%). En effet :

- 24 d'entre eux (14,5%) avaient déjà été soignés pour tuberculose et avaient été considérés comme guéris. Il s'agit de nos rechutes vraies.

- 71 d'entre eux (soit 43%) au contraire, présentaient une tuberculose déjà connue et insuffisamment soignée à la suite de renvois disciplinaires, sorties contre âvis médical, etc .....

Ainsi certains malades "trainent" une tuberculose mal soignée depuis plusieurs années, allant d'hôpital en sanatorium, semant des bacilles.

L'exemple le plus typique est celui-ci :

LAB.....Lucien - 55 ans- sans famille- sans profession- sans domicile- premier séjour à NANTERRE.

-RADIO : nodules, travées des 2 champs, cavités.
-BACILLOSCOPIES : fortement positives.
- Sa tuberculose remonte à 1959.
-1959 = Hôpital Tenon : bacillocospie positives
- Sanatorium de VILLIERS : sorti contre avis médical
- Sanatorium de CAMBO : sorti contre avis médical.
- Hôpital de la SALPETRIERE : bacilloscopies positives
- Sanatorium d'HAUTEVILLE : renvoi par mesure disciplinaire pour ivresse
- Sanatorium d'AINCOURT : sorti contre avis médical
- Sanatorium de SILLERY : sorti contre avis médical
- Hôpital SAINT ANTOINE : bacilloscopies positives
- Sanatorium de CAMBO : sorti contre avis médical

1969 = Premier hébergement à NANTERRE : Bacilloscopies positives
- Sanatorium de la MUSSE : Renvoi par mesure disciplinaire pour ivresse.
- Perdu de vue.

Il s'agit donc d'un homme qui en 10 ans a fait des séjours prématurément interrompus dans 11 hôpitaux ou sanatorium.

Bacillaire tout au long de ces 10 années, il l'est toujours, il est dans la nature, perdu de vue.

Certes, cet exemple est caricatural, mais chacune des 71 tuberculoses mal soignées, dépistées, présente à un dégré moindre, une histoire comparable où alternent périodes de soins parfois très brèves et périodes de vagabondage.

Il est bien évident que chez de tels sujets une surveillance et un traitement en ambulatoire sont rigoureusement impossibles.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Pour résumer: sur ces 165 tuberculoses dépistées :

- 70 tuberculoses de première atteinte : 42,5 %
- 24 rechutes vraies ..... I4,5 %
- 71 tuberculoses mal traitées ..... 43 %

Ces chiffres suggèrent quelques remarques :

- Le chiffre des tuberculoses mal traitées, dépistées est énorme, équivalent à celui des tuberculoses de première atteinte.

- Le pourcentage des rechutes est élevé, il dépasse le tiers de celui des tuberculoses de première atteinte.

Ces deux chiffres élevés sont dus aux caractères bien particuliers de notre clientèle : instabilité, absence de toute hygiène de vie.

Mais par contre ces chiffres montrent l'utilité du point de vue de la tuberculose, du filtre que constitue la MAISON de NANTERRE et son Radio-Dépistage qui permet de "récupérer" tant de tuberculeux en rupture de traitement (71 sur une année).

-:-:-:-:-:-:-:-:-

2- PROFIL CLINIQUE ET PARACLINIQUE -

A)- SIEGE :

-Nous avons eu à traiter une seule tuberculose non pulmonaire. Il s'agissait d'une orchiepididymite tuberculeuse quiavait été transférée du Service de Chirurgie.

-I64 tuberculoses étaient donc pulmonaires. Nous avons cru bon de discerner comme cas particuliers :

- 7 pleurésies séro-fibrineuses dont 2 avec preuve bactériologique
- 1 pneumothorax tuberculeux bactériologiquement prouvé
- 11 tuberculoses considérées comme "historiques" (infiltrat massif bilatéral excavé ...)

-Par ailleurs, 39 tuberculoses ont été dépistées sur un état séquellaire précédemment connu et dont une majoration entre deux passages au radio-dépistage a permis de révéler l'évolutivité nouvelle.

B)- BACTERIOLOGIE . Nous avons distingué :

a) les tuberculoses bactériologiquement prouvées en 1969. Elles furent au nombre de 81, soit 49,9% de tuberculoses dépistées.

Sur ces 81 tuberculoses prouvées bactériologiquement, 21 l'ont été par des cultures d'expectoration après bronchoscopie soit 13% des tuberculoses dépistées, 25% des tuberculoses avec preuve bactériologique.

Ceci souligne l'intérêt considérable des bacilloscopies après bronchoscopie et donc de la bronchoscopie d'indication bactériologique.

b) les tuberculoses à bacilloscopies négatives, mais précedemment prouvées ; elles font partie de ces tuberculoses mal traitées susdécrites.

Elles sont au nombre de 28, soit 16,9%.

c) les tuberculoses non prouvées bactériologiquement mais certaines du point de vue clinique et radiologique.

Elles sont au nombre de 26, soit 15,8%.

d) les tuberculoses non prouvées bactériologiquement;incertaine radiologiquement et cliniquement mais prouvées par le traitement d'épreuv

Elles sont au nombre de 11, soit 6,7%.

e) Les tuberculoses non prouvées, non certaines, mais considérées comme telles par prudence, généralement en tenant compte des antécédents de tuberculose, du contexte social défavorable, d'arguments cliniques et paracliniques favorables mais non absolus.

Elles sont au nombre de 19, soit 11,5%.

C)- RESISTANCE DES BACILLES AUX ANTITUBERCULEUX :

Ici, nous avons une agréable surprise.

Malgré le nombre élevé de tuberculoses mal soignées, soumises à des cures couetes et répétées, nous n'avons jamais eu de problèmes dans le choix des antituberculeux.

En effet, l'étude in-vito n'a permis de déceler que les résistances suivantes :

- 5 à la streptomycine
- 2 à l'ethionamide
- 1 à l'I.N.H.
- 1 au P.A.S.
- 1 à la rifampicine
- 1 à la viocyne
- 1 à la cyclosérine

Peut-être pouvons-nous expliquer cette action toujours efficace des antituberculeux par le fait que nous gardions toujours "en réserve" pour les cures ultérieures (probables dans ce genre de clientèle) les antituberculeux les plus récents.

Ainsi, pour premier traitement, un tuberculeux recevra : -STREPTOMYCINE - I.N.H. - PROTIONAMIDE, de manière à garder pour une deuxième cure ou une rechute ETHAMBUTHOL - RIFAMPICINE par exemple.

D)- LOCALISATIONS ASSOCIEES A LA TUBERCULOSE PULMONAIRE :

Notons pour mémoire, un abcès froid cosral.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

3 - OCCASION DU DIAGNOSTIC

Le radio-dépistage est évidemment la première source du diagnostic de nos tuberculoses, puisqu'il a permis de dépister 146 tuberculoses, soit 88,5% des tuberculoses soignées.

Nous pouvons classer ces tuberculoses dépistées de la façon suivante :

a) Radio-dépistage systématique des arrivants :
110 soit 66,7%.

Ces arrivants peuvent eux-mêmes être divisés en :

-Nouveaux arrivants : ce sont ceux qui entrent pour la première fois à la MAISON de NANTERRE : 19 soit 11,5%.

-arrivants déjà connus à la MAISON de NANTERRE et donc au radio-dépistage : 39 soit 23,9%.

-arrivants revenant de sanatorium (après renvoi disciplinaire ou sortie contre avis médical et période de vagabondage plus ou moins prolongée) : 52 soit 31,5%.

Là encore, chiffre très important, à mettre de même que plus haut, sur le compte du caractère particulier de notre clientèle.

b) Radio-dépistage systématique annuel des salles d'hébergement : 23 tuberculoses, soit I3,9%.

c) Radio-dépistage systématique des personnes surveillées (anciens tuberculeux, employés aux cuisines, etc ...) 13 soit 7,9%.

Rappelons au sujet du radio-dépistage que 39 tuberculoses (23,6%) ont été dépistées sur état séquellaire, pré-existant connu à l'occasion d'une majoration de l'image radiologique.

Les tuberculoses que nous avons eues à soigner en 1969 et non diagnostiquées au radio-dépistage systématique sont au nombre de 19(11,5%).

- 10 étaient des vagabonds ramassés sur la voie publique lors d'une Opération de la Préfecture de Police, dont l'état necessitait une hospitalisation immédiate avant le radio-dépistage et qui se sont révélés être tuberculeux (6%)

- 9 étaient des hébergés hospitalisés entre deux passages au radio-dépistage et qui se sont révélés être tuberculeux (5,5%)

4 - TARES ASSOCIEES -

- La principale tare associée est l'éthylisme. Tous nos malades sont éthyliques. Nous n'avons considéré que ceux dont l'éthylisme s'est traduit dans les faits (renvois disciplinaires, crises d'ivresse, bagarres, etc .....) et nous en avons relevé 117, soit 71%.

- 35 de nos malades (21%) présentaient des troubles psychiques plus ou moins marqués (certains ont fait des séjours en Centre Spécialisé).
- 12 étaient bronchitiques chroniques et insuffisants respiratoires.
- 10 présentaient une affection cardio-vasculaire,
- 5 étaient épileptiques,
- 5 présentaient une néoplasie (dont un cancer du poumon)
- 3 souffraient de silicose
- 2 de diabète
- 2 ont décompensé leur cirrhose à l'occasion de leur hospitalisation.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

5 - INTOLERANCE AU TRAITEMENT -

C'est avec l'absence de résistance des germes aux antituberculeux la seconde bonne surprise de cette étude.

En effet, sous réserve de prendre les précautions habituelles à chaque antituberculeux et malgré la déchéance physique de beaucoup de nos malades, en particulier leur état hépatique, aucune intolérance sérieuse n'a été notée, à part une allergie attribuée à l'ETHAMBUTOL.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

6 - PLACEMENTS SANATORIAUX -

- 3 malades sont sortis contre avis médical du service avant leur départ en sanatorium.

- 156 soit 94,5% ont été placés en sanatorium.

- 6 soit 3,6% ont fait la totalité de leur sanatorium à l'annexe du Service de PNEUMO-PHTISIOLOGIE dans la MAISON de NANTERRE.

Il s'agit d'une salle où sont hospitalisés les malades

insuffisamment traités, qui ont besoin de quelques semaines ou quelques mois de complément de cure à l'abri du vin et dans un milieu, la MAISON de NANTERRE, auquel ils sont habitués.

Cette salle leur permet donc de compléter leur guérison généralement après renvoi disciplinaire de quelques sanatorium.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

7 - RESULTATS EN 1972 DES 165 TUBERCULOSES DEPISTEES ET SOIGNEES EN 1969

a) Ont été considérés comme guéris (sortis en fin de cure de sanatorium) 118, soit 71,5%.

- après 1 sanatorium = 74 soit 44,8 %
- après plus d'un sanatorium = 44 soit 26,7%.

Parmi ces 118 guéris, quelques chiffres remarquables:

- 80 ont été revus, soit 67,8% des guéris
  soit 47,2% du total
- 24 ont fait un complément de cure à l'annexe du service après deux ou trois renvois disciplinaires de manière à compléter leur traitement , soit : 20,3% des guéris
  soit : 14,7% du total.
- 20 ont été considérés comme guéris après placement au Sanatorium Psychiatrique de CHEZAL BENOIT
  soit : 17,9% des guéris
  soit : 12 % du total.
- 3 ont rechuté et sont actuellement en traitement après avoir été considérés comme guéris.

b) Sont considérés comme non guéris : 36 soit 21,8%.

- 34 après avoir été placés en sanatorium (l'ont quitté avant la fin du traitement contre avis médical ou après renvoi disciplinaire) et ont été perdus de vue .
- 2 sont toujours en traitement.

c) Résultats inconnus : 6

d) Malades décédés :

- de tuberculose : 0
- d'affection non tuberculeuse : 5

VI- NOS SOLUTIONS A CERTAINS PROBLEMES -

Il convient maintenant d'expliquer ces deux solutions que nous avons trouvées aux problèmes de l'instabilité, de l'éthylisme et de l'indocilité de nos malades que constituent notre annexe, la salle Emile Sergent, et le placement au sanatofium psychiatrique, ou (hôpital psychiatrique pour tuberculeux) de CHEZAL BENOIT.

1°- La salle Emile Sergent est une salle d'hospitalisation séparée du Service de Pneumo-phtysiologie et où sont hospitalisés comme nous l'avons vu, les malades indociles ayant écourté leur séjour dans plusieurs sanatoriums et pour qui un complément de cure, repos et traitement d'entretien semble nécessaire.

Les conditions d'hospitalisations dans cette Salle sont intermédiaires entre le sanatorium, le service de Phtisiologie et les salles d'hébergement de la MAISON de NANTERRE. Le malade y trouve des camarades de même condition que lui, dans un milieu auquel ils sont habitués, sans permission de sortir, à l'abri du vin, au repos et sous surveillance médicale (sous la responsabilité d'un médecin Attaché du Service de PNEUMO-PHTISIOLOGIE).

Il est donc loin des tentations que constituent en sanatorium les possibilités de sorties et promenades qui se terminent souvent pour eux en crise d'éthylisme, sources de bagarres, renvois, non retours de permission, etc .....

Enfin, il est à l'abri du contact de malades d'un milieu social supérieur au sien, ce qui, en sanatorium, le pousse encore plus à vouloir s'affirmer libre, liberté dont il ne sait pas profiter autrement que pour boire.

Il est d'ailleurs étonnant de constater que les malades les plus récalcitrants, ceux qui totalisent le plus de séjours écourtés en sanatorium restent tout le temps voulu à la Salle Emile Sergent et en sortent guéris.

Cette salle est presque devenue une institution dans notre service et rappelons que :

- 6 malades y ont été placés directement en 1969
- 24 autres y ont fait un complément de cure.

Soit, au total, 30 malades y sont passés sur nos 165 tuberculeux (18,2%) Tous sont guéris.

2°) Le placement en milieu Phtisiologique et Psychiatrique à CHEZAL BENOIT.

Nous avons vu que 117 (71%) de nos malades étaient éthyliques et que cet éthylisme se traduisait parfois dans les faits (crises d'éthylisme, bagarres, etc.....)

Par ailleurs, 35 (21%) présentaient conjointement ou indépendamment de cela des troubles psychiques.

Nous"exploitons" donc en quelque sorte ces tares pour forcer certains malades particulièrement indociles à se soigner.

Pour ce faire, nous effectuons un Placement d'Office conformément à la loi de 1838 en accord avec nos confrères de l'Hôpital CHEZAL BENOIT

Qui plaçons-nous aussi? ceux qui s'avèrent impossibles à soigner en sanatorium, qui n'y font parfois que des séjours très brefs (parfois quelques jours) dont l'éthylisme et les troubles psychiques rendent difficile le maintien en milieu hospitalier ordinaire et dont la tuberculose a besoin d'un traitement énergique pour terminer sa guérison.

Comment procédons-nous ?

-Tous nos malades que nous plaçons ainsi, à un moment ou à un autre, ont fait des crises d'ivresse,avec bagarres, menaces aux camarades ou au personnel soignant (tous, rappelons-le, sont éthyliques). Presque tous sont des instables caractériels. Beaucoup sont encore bacillaires. Certains refusent tel ou tel jour leurs soins, etc ....

Nous puisons donc dans ce faisceau de faits pour rédiger le certificat dont voici un exemple (rédigé en 1971) =

PLACEMENT d'OFFICE

Je soussigné, Docteur M.F.., Médecin-Chef du Service de PNEUMO-PHTISIOLOGIE à la MAISON de NANTERRE, certifie que :

Monsieur Y.....né le , sans domicile fixe est hospitalisé dans mon service depuis le .....

1° Cet homme a été atteint d'une tuberculose pulmonaire (en 1964), forme bilatérale, B.K. +++, traitée pendant un an à l'Hôpital COHIN ; au sanatorium de la GRANGE SUR LE MONT et à la Post-Cure de VENCE.

-Rechute en mai 1970 (caverne sus-hilaire gauche).

-Deuxième séjour au sanatorium de LA GRANGE SUR LE MONT jusqu'en mars 1971, date à laquelle il est dirigé sur le Centre de Post-Cure de COUBERT, d'où il est renvoyé le 29 avril 1971, par mesure disciplinaire pour ivresse à répétition.

Ce même jour, hébergement à la Maison de Nanterre où le malade est conduit par la police et admission dans mon service en pré-délirium.

Actuellement, on note un infiltrat nodulaire bilatéral à large prédominance droite dans la région juxta-hilaire.Pas de B.K. dans les crachats mais le malade est sous antibiotiques spécifiques depuis près d'un an.

Cette tuberculose demande encore pour sa guérison définitive, repos sanatorial et antibiotiques pendant au moins 6 mois.

2° Par ailleurs, cet homme est un profond intoxiqué alcoolique et un grand délirant : essentiellement de persécution et de mégalomanie sur fond dépressif (dit toujours être victime de l'injustice des hommes, prétend que son gendre, Directeur de Banque, a été lâchement assassiné, récemment en Février 1971, il demande d'être aidé dans la recherche des assassins, non pas par la Police "incapable", mais par le "milieu"etc.

Il est en outre président de l'Association des Services Sociaux des Anciens Combattants et multi-médaillé .....)

A l'évidence, cure de désintoxication et traitement psychiatrique approprié ne peuvent être conduits qu'en milieu spécialisé.

Monsieur Y.....me paraissant dangereux pour lui et son entourage je demande son placement d'office dans un Etablissement régi par la loi de 1838 et je prie mes collègues du Dépôt de le transférer au Sanatorium Psychiatrique de CHEZAL BENOIT.

NANTERRE, le

Docteur M..F....

P.S. traitement par les antibiotiques spécifiques au Centre de Post-Cure de COUBERT : RIFAMPYCINE & ETHAMBUTOL.

- Dans le service : VALIUM I.M. (10) n° 3.
HALOPERIDOL 3 fois 30 gouttes par jour.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

Le malade est donc ensuite transféré au Sanatorium Psychiatrique de CHEZAL BENOIT où il reste, sous le coup du Placement d'Office jusqu'à la guérison de sa tuberculose, ensuite le Placement d'Office est transformé en Placement Volontaire et selon la décision des Psychiatres, le malade pourra sortir, guéri de sa tuberculose.

Certes, le procédé peut paraitre arbitraire mais pour certains, il est le seul qui permette d'obtenir rapidement la guérison que n'ont pu obtenir plusieurs années de cures intermittentes.

Rappelons que 20 de nos 165 malades ont été guéris après passage à CHEZAL BENOIT, soit 12%de nos malades et 17,9% des guéris.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

VII - TABLEAU RECAPITULATIF de l'ETUDE MEDICALE -

Voici sous forme de tableau, les principaux résultats que nous avons exposés :

-chiffres obtenus sur 165 tuberculoses dépistées en 1969 :

ATTEINTE :	- 1ère connue	70	42,5 %
	- rechute vraie	24	14,5 %
	- tuberculose mal traitée	71	43 %
PROFIL -			
-Siège	- Extra-pulmonaire	1	
	- Pulmonaires "historiques"	11	
	- Pleurales	8	
	- Majoration d'état séquellaire connu	39	23,6 %
-Bactériologie :			
	- Positive en 1969	81	49,9 %
	(dont après bronchoscopie	21	13 %)
	- Négative en 1969, positive antérieurement	28	16,9 %
	- négative, certitude clinique et radiologique	26	15,8 %
	- négative. Traitement d'épreuve positif	11	6,7 %
	- négative, considérée comme tuberculose par prudence	19	11,5 %
OCCASION DU DIAGNOSTIC			
a) -Radio-Dépistage		146	88,5 %
	-Arrivants	110	66,7 %
	-Nouveaux arrivants	19	11,5 %
	-Arrivants déjà connus	39	23,9 %
	-Après sortie prématurée du sana.	52	31,5 %
	-Annuel des salles	23	13,9 %
	-Personnes surveillées	13	7,9 %
b) -Passages d'autres services		19	11,5 %
	-Après ramassage par la police	10	6 %
	-Hospitalisations d'hébergés	9	5,5%

TARES -

-Ethylisme patent	117	71%
-Troubles psychiques	35	21%
-Insuffisance respiratoire	12	
-Silicose	3	

PLACEMENTS

-Sanatoriums	156	94.5%
-Salle Emile Sergent	6	3,6%

RESULTATS EN 1972

-Ont été considérés commes guéris	118	71,5%	
-Après un sanatorium	74	44,8%	
-Après plus d'un sanatorium	44	26,7%	
			% des guéris
-Ont été revus	80	47,2%	67,8%
-Ont fait un complément de cure à la salle E.Sergent	24	14,7%	20,32 %
-Ont été placés à CHEZAL-BENOIT	20	12%	17,9%
-Ont rechuté	3		
-Considérés comme non guéris	36	21,3%	
-après renvoi disciplinaire contre avis médical, perdus de vue	34		
-encore en traitement en1972	2		
-Résultat inconnu	6		
-Décédés			
-d'affection non tuberculeuse	5		
-de tuberculose	0		

VIII - RESULTATS D'UNE ETUDE EFFECTUEE PRECEDEMMENT SUR LES MEMES SUJETS :

Il nous paraît utile, à titre purement comparatif de citer ici la conclusion que Monsieur le Docteur MUON, Médecin du Sanatorium de VILLIERS SAINT DENIS, donnait à une étude effectuée en 1969 et portant sur 299 malades placés dans son sanatorium par Monsieur le docteur Max FOURESTIER et sortis au cours des années 1966 -1967 - 1968.

"On peut dire que les malades qui nous sont confiés par NANTERRE représentent 11 à 12% de la population de nos pensionnaires tuberculeux avec un pourcentage nettement plus grand de Français (64% contre 39%) et pratiquement nul pour les Africains noirs (1% contre 25%) ; mais ces malades français sont nettement plus âgés aussi (42% entre 50 et 70 ans contre 22%) le pourcentage de ceux étiquetés par nous comme "éthyliques" représenté plus du double par rapport au restant (43% contre 18%) et, en conséquence, celui des "renvois disciplinaires" et "sorties contre avis médical" est à peu près le double aussi (43% contre 23%).

Et pourtant, malgré cela, les bons résultats, c'est-à-dire les sorties pour "guérison-stabilisation" ou "en bonne voie" sont aussi satisfaisants que les autres (71% contre 72%) ce qui parait paradoxal à première vue mais cela peut s'expliquer, dans une certaine mesure, du fait que les malades de NANTERRE découverts par "dépistage systématique" sont nettement plus nombreux - (55% contre 34%) "

-:-:-:-:-:-:-:-:-

Nous ne commenterons pas cette conclusion suffisamment explicite en elle-même.

Nous nous contenterons de faire remarquer qu'il y a quelques divergences sur les chiffres avec notre étude, pouvant s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un échantillonage différent du nôtre, puisque représentant sur trois années , la partie des malades adressés à un seul sanatorium.

Il faut en effet savoir que nous sélectionnons en quelque sorte pour chaque sanatorium nos malades en fonction de l'éloignement,

de l'isolement de l'Etablissement des possibilités de transport (nos malades ne pouvant payer leur transport et n'étant pas assurés sociaux pour la plupart, nous devons organiser des transports en petits autocars....), des possibilités chirurgicales éventuelles etc ....; donc nous effectuons cette sélection en fonction de critères non médicaux qui font que la clientèle de chaque sanatorium peut se trouver sensiblement différente.

Cependant, malgré ces divergences légères, cette enquête a des résultats sensiblement comprables aux nôtres.

- C O M M E N T A I R E S -

La tuberculose que nous avons eue à étudier est particulièrement intéressante, car c'est la tuberculose que l'on dépiste, que l'on soigne, et que l'on réussit le plus souvent à guérir dans des conditions rares du point de vue des difficultés.

En effet, nous avons à dépister et soigner des gens, la plupart du temps, malgré eux. Souvant nos malades sont d'accord, à jeun, pour se laisser soigner tout le temps qu'il faudra ; mais à la première heure de liberté (permission en sanatorium par exemple) le vin leur fera vite oublier leurs bonnes résolutions. Pour nous l'expression familière "promesse d'ivrogne" prend tout son sens !.

Cette absence de coopération complique sérieusement la bonne marche vers la guérison que nous atteignons tout de même dans 71,5% des cas, malgré renvois disciplinaires, sorties contre avis médical, interruptions de traitement .....

Cette tuberculose est remarquable également par sa morbidité. En effet rappelons que pour l'ensemble des hébergés nous dépistons en un an, 5,56 tuberculoses pour 100 lits d'hébergement et en particulier que chez les hébergés hommes de moins de 65 ans, nous dépistons en une année 8,5 tuberculoses pour 100 lits d'hébergement. Ces chiffres sont considérables si l'on tient compte qu'en 1969 la morbidité de la tuberculose en FRANCE était de 80 pour 100.000 sujets et dans le département de la Seine de 165 pour 100.000 sujets.

Certes ces chiffres ne sont pas en fait, comparables puisque 100 lits d'hébergement représentent une population réelle X supérieure à 100. Cependant, ils représentent une morbidité sans comparaison avec les chiffres de la FRANCE et de la Seine (notons que la MAISON de NANTERRE contribue pour sa part à l'augmentation du chiffre de la Seine par rapport à celui de la FRANCE entière).

Nous pouvons à ce stade, de notre étude envisager un autre mode de calcul de la morbidité à la MAISON de NANTERRE qui ne correspond à strictement rien dans la réalité (c'est pour cela que nous ne l'avons pas envisagé dans les chapitres précédents) mais dont le seul avantage est de montrer que même les chiffres les plus avantageux que l'on puisse obtenir concernant la tuberculose à la MAISON de NANTERRE sont énormes par rapport aux chiffres dans l'ensemble de la population.

En effet, imaginons que les hébergés entrants soient en fait d'autres personnes que les hébergés que nous avons qualifiés de "constants" et qui représenteraient l'ensemble de la population nommée "population moyenne" ; en conséquence, il faudrait considérer comme chiffre de population chez laquelle nos tuberculoses sont dépistées, le nombre des entrants pour une année, plus le nombre de la population moyenne,

- soit par exemple :
  - -Total des entrants pour 1969 4556
  - -Entrants hommes de moins de 65 ans : 3981
- Cela nous donne :
  - -Population totale considérée : 4556 + 3325 = 7881
  - -Population "hommes" de moins de 65 ans 3981 + 1943 = 5924

Le nombre de tuberculoses dépistées étant rappelons-le (en chiffres corrigés selon la méthode vue dans un chapitre antérieur) de 185 au total dont 165 chez les hommes de moins de 65 ans, nous obtenons les chiffres de morbidité "optimistes" suivants :

- Morbidité globale 2,35/100 sujets
- -Morbidité 3°section hommes 2,79/100 sujets.

Malgré la "faiblesse" de ces chiffres due au mode de calcul qui les rend nécessairement optimistes, leur comparaison avec les chiffres de la population générale se passe de commentaires.

Nous devons également remarquer que les formes dites "historiques" ne sont pas exceptionnelles. Les raisons de leur apparition sont multiples :

- état physiologique précaire
- vie dans des conditions lamentables
- absence de travail régulier et donc de surveillance médicale régulière.
- refus ou arrêt de soins.

Il est vraisemblable que c'est dans ce genre de populations que se verront les dernières tuberculoses dignes des années d'avant-guerre.....

Le terrain sur lequel survient cette tuberculose est donc lui aussi extrêmement particulier par les extraordinaires possibilités qu'il offre au bacille de Koch de se multiplier.

Nos malades sont des hommes en pleine déchéance physique, du fait de leurs conditions de vie, de leur malnutrition, du fait de leur alcoolisme important. Ils sont aussi en pleine déchéance morale ; ils n'ont plus de volonté, plus d'idéal, plus de projet. Enfin, leur déchéance est aussi sociale, ils ne trouvent plus leur place dans notre société, ne peuvent se raccrocher qu'à la MAISON DE NANTERRE micro-société où ils se retrouvent entre eux et où ils ne se sentent pas perdus, parce que les autres sont comme eux. Là, ils trouvent asile, soins , nourriture, un peu de travail, et un semblant de rôle à jouer dans une "société".

Il est étonnant, et par là, extrêmement encourageant de constater le succès du traitement de la tuberculose dans cette population : traitement long chez des gens qui ignorent la persévérance, traitement qui nécessite une certaine hygiène de vie chez des gens qui en ignorent tout, traitement qui exige une compréhension ou du moins une coopération chez eux que leurs propres maladies laissent indifférents tant que "cela peut aller".

En effet, cette tuberculose se guérit comme la tuberculose du sujet "normal" ; il n'y a aucun problème médical ; toutes nos tuberculoses même les plus graves, ont bien réagi au traitement (mortalité : 0).

Le seul problème est un problème social. Nos malades étant avant-tout instables et sans volonté, il faut le savoir et l'admettre sans le leur reprocher, mais il faut également substituer notre volonté de les voir guérir à la leur, notre ténacité à la leur ;

Ainsi, après un, deux ou trois séjours dans le service puis en sanatoriums entrecoupés d'épisodes de vagabondages, on pourra réussir à les guérir, au besoin après un séjour à la Salle Sergent où ils font leur temps de sanatorium dans une atmosphère qui leur est familière.

Heureusement, ces hommes ont, et ils le savent, lorsqu'ils sont dehors, la possibilité de demander leur hébergement à la MAISON DE NANTERRE. C'est ce qui explique le "rythme à trois temps" de leur vie que nous avons décrit précédemment.

Et nous comprenons ainsi le rôle considérable de notre MAISON dans le traitement de leur tuberculose ; d'abord par le point de rassemblement, le point de perpétuel retour qu'elle constitue, comme le "Point OMEGA" des déshérités, favorisant ainsi la remise au traitement des malades mal soignés, le dépistage des nouveaux malades, la protection vis-à-vis d'une société où ils ne sont pas à leur aise, la mise à l'abri par rapport à leur mode précaire de subsistance à l'extérieur.

Nous constatons aussi dans notre étude, l'inadaptation du traitement de la tuberculose dans ses formes traditionnelles et modernes.

La forme traditionnelle avec son long séjour en sanatorium ne convient pas à notre clientèle instable, qui ne peut que très difficilement rester longtemps dans un établissement de cure libre.

La forme moderne, avec son traitement ambulatoire est strictement impossible du fait du rapide désintérêt du malade pour sa maladie, dès que celle-ci ne retentit pas gravement sur l'état général.

Enfin, il faut bien le dire, la législation elle-même est inadaptée pour ce genre de malades . En effet, alors qu'il est légalement obligatoire de se traiter lorsqu'on est syphilitique, personne ne peut obliger quelqu'un à traiter sa tuberculose.

Si la loi était plus sévère dans ce domaine, prévoyant une hospitalisation obligatoire pour les malades récalcitrants, nous aurions la possibilité de traiter, non pas mieux, puisque nous pouvons estimer nos résultats comme satisfaisants, mais plus rapidement nos sujets. Nous éviterions ainsi, outre une perte d'argent pour la collectivité qui finance les traitements sans cesse recommencés à zéro, les maintes hospitalisations et maints placements, mais également les sources de contamination que constituent ces malades parfois bacillaires pendant plusieurs années.

Certes, nous avons réussi, par notre habitude de placer certains sujets particulièrement récalcitrants en Placements d'Office à CHEZAL BENOIT, à compenser, à notre compte, cette insuffisance de la loi, mais nous pensons qu'une obligation légale pour les tuberculeux de se soigner, sans rien changer dans le cas des malades coopérants qui représentent heureusement la majorité des malades français, nous permettrait, à nous qui avons à soigner cette clientèle bien particulière, d'avoir des moyens plus "normaux" de les mener à la guérison et donc applicables à tous ; nos placements d'Office sont en effet réservés à ceux dont le psychisme, et en particulier à cause de l'alcool, est très dégradé.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

- C O N C L U S I O N -

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

I- ASPECT SURTOUT SOCIAL DU PROBLEME DE LA TUBERCULOSE :

La tuberculose des populations indigentes hébergées par la PREFECTURE DE POLICE à la MAISON de NANTERRE posè un problème double.

Le problème médical est minime. En effet, le service de Radio-Dépistage bien au point à l'heure actuelle est un filtre extrêmement efficace que pratiquement aucune tuberculose pulmonaire ne traverse.

Les thérapeutiques actuelles et l'hospitalisation, puis le placement sanatorial guérissent parfaitement cette maladie pour peu que les malades offrent un minimum de coopération.

Hélas, et c'est là le second et le plus important des deux aspects du problème, nous nous heurtons à de très grosses difficultés d'ordre social, difficultés qui représentent la quasi totalité du problème de cette tuberculose.

Alors que dans un milieu ordinaire, l'éducation sanitaire fait que les malades acceptent le traitement long de la tuberculose et que leur coopération permet le traitement ambulatoire, dans notre population indigente, l'absence d'éducation sanitaire, le manque de coopération et de volonté de se soigner rendent nécessaire une surveillance stricte du malade jusqu' à la fin du traitement.

Nos échecs s'expliquent exclusivement par le liberté dont ils jouissent en sanatorium, relativement plus importante qu'à la Maison de NANTERRE, et dont ils abusent vite, en particulier par des abus de vin qui rendent impossible le maintien dans ces établissements et occasionnent renvois et sorties contre avis médical, interrompant ainsi le traitement avant sa fin.

Il est regrettable que le législateur, qui fait une obligation aux syphilitiques de se soigner, n'ait pas prévu de rendre obligatoire le traitement de la tuberculose.

Cela nous permettrait de soigner nos malades, au besoin par une hospitalisation forcée, dans les délais minimum. On ne verrait plus ces tuberculoses contagieuses durant de longues années, soignées par intermittence, sans jamais être guéries complètement.

Par ailleurs, cela ne gênerait en rien les malades raisonnables et coopérants qui se soignent même sans que le traitement n'ait de caractère obligatoire.

II - ROLE DE LA MAISON DE NANTERRE DANS LE DEPISTAGE ET LE TRAITEMENT:

A ce problème social, la MAISON DE NANTERRE apporte un élément de solution, car de par sa fonction de Centre d'Hébergement, elle est amenée à recevoir de tous les coins de France, et de nombreuses fois pour chacun d'entre eux, ces indigents associaux qui trouvent en son sein, un modèle réduit de la Société plus adapté à leur personnalité.

Ce point de convergence quasi unique en France des vagabonds permet un radio-dépistage systématique massif, une surveillance assez régulière pour beaucoup d'entre eux, et un diagnostic aisé de la tuberculose, en même temps qu'il offre à ces gens la possibilité (et non l'obligation) de se faire traiter dans un hôpital moderne.

L'hospitalisation dans le service de PNEUMO-PHTISIOLOGIE au sein de la MAISON de NANTERRE permet d'adapter au niveau de l'éducation sanitaire de nos malades, le traitement moderne de la tuberculose, de leur offrir la possibilité de se soigner dans un milieu où ils ne sont pas dépaysés et parfois, de se reclasser professionnellement, trop rarement hélas.

D'abord, l'hospitalisation dans le service puis le séjour en un seul sanatorium (éventuellement suivi d'un stage dans un centre de rééducation professionnelle) ou plusieurs selon la stabilité du sujet,

Parfois le séjour à la Salle SERGENT, qui nous permet de continuer le traitement en quelque sorte à la mode du traitement ambulatoire dont bénéficient les malades "normaux",

Enfin, en désespoir de cause, pour certains, le placement au Sanatorium Psychiatrique de CHEZAL BENOIT,

Tout cela contribue à nous faire obtenir notre résultat, dont nous estimons avoir le droit d'être satisfaits étant donné les difficultés que nous devons surmonter pour l'obtenir.

La tuberculose des populations indigentes hébergées par la Préfecture de Police trouve en la MAISON de NANTERRE et en particulier dans les Services de Radio-Dépistage Systématique et de PNEUMO-PHTISIOLOGIE du docteur Max FOURESTIER, des instruments de diagnostic et de traitement extrêmement efficaces.

Les résultats obtenus (71,5%) de guérison sont extrêmement encourageants et nous permettent d'être optimistes en ce qui concerne l'avenir de la lutte antituberculeuse dans ce genre de population.

Cependant, la victoire ne sera ~~pas~~ totale (et c'est médicalement possible) que si l'on parvient un jour à réduire, ou même pourquoi pas, à éliminer cette pierre d'achoppement que constitue le déclassement social de ces personnes.

Ce n'est pas dans les antibiotiques qu'il faut chercher l'arme contre cette tuberculose, ni dans d'autres moyens médicaux, mais dans la rééducation à une vie plus normale, l'apprentissage d'un métier la lutte contre l'alcoolisme, pour aboutir à une réinsertion sociale.

Cela devient un problème de Politique Sociale.

Dans l'attente de voir ce problème sinon résolu, du moins abordé, les indigents, les vagabonds ont pour s'abriter, pour se soigner, pour se donner l'impression d'appartenir à une Société, cette Institution incontestablement utile et bénéfique qu'est la MAISON de NANTERRE.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

Vu, le Président de la Thèse :

Professeur Georges BROUET

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine :

Professeur Florian DELBARRE

Vu, et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

O U V R A G E S C I T E S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

-DENIKER Lucette : Thèse PARIS 1956
"Contribution à l'étude du rendement du Radio-Dépistage antituberculeux dans les populations indigentes".

-LIAISONS = (Revue mensuelle d'information et de relations publiques éditée par la Préfecture de Police)
n° 145 de décembre 1967 : LA MAISON DEPARTEMENTALE DE NANTERRE
n° 187 de février 1972 : Rôle social de la PREFECTURE DE POLICE.

-LA RENAISSANCE SANITAIRE (23 rue du Renard PARIS 4°)
-Etude portant sur les 299 malades placés par Monsieur le Docteur FOURESTIER et sortis au cours des années 1966 - 1967 - 1968.

- REVUE DU PRATICIEN - Tome XXII p. 355 =
- Connaissance des "Facteurs de Risque" et orientation de la lutte antituberculeuse par A.LOTTE et S. PERDRIZET.

-:-:-:-:-:-:-:-